

# SOINS DE SUITE & DE READAPTATION VS SOINS MEDICAUX & DE READAPTATION

*Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions  
d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation,*  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044947210>

*Décret n° 2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques  
de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation,*  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044947234>

*La  
réforme  
attendue ?  
L'intention,  
le geste  
& la trace !*

## L Réforme SSR L'ESSENTIEL

Le 11 Janvier 2022 sont parus au Journal Officiel 2 décrets (1) (2) réformant les services de Soins de Suite et de Réadaptation.

Ces publications font suites à de nombreuses réflexions engagées depuis plus de 5 ans.

Elles viennent transformer les décrets de 2008 (3) (4), qui définissaient, jusqu'alors, les services de Soins de Suite et de Réadaptation.

Cette réforme sera applicable à compter du **1<sup>er</sup> juin 2023**.

Au travers de ce dossier KINESCOPE souhaite porter un regard critique sur cette dernière, en mesurer les effets positifs comme négatifs et ainsi projeter l'avenir. A cet effet, dans un souci de pluralité KINESCOPE a sollicité les points de vue de différents professionnels de ce secteur, professionnels médicaux et paramédicaux de rééducation, directeur d'établissements ... tous acteurs du SSR d'aujourd'hui ... vs SMR de demain.

Dans ce dossier de KINESCOPE, le CNKS vous propose de parcourir « **L'INTENTION, LE GESTE & LA TRACE** » d'une réforme qui n'est pas forcément suffisamment aboutie pour éviter les multiples questionnements qui déjà fusent des acteurs de terrain. L'année de transition permettra-t-elle d'y répondre ?

(1) Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044947210>

(2) Décret n° 2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044947234>

(3) Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000018664432/>

(4) Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000018664450/>

En amont de cette publication, lors des JNKS de septembre 2020, le Ministère de la Santé avait présenté les orientations suivantes



- Les réformes engagées pour le SSR sont au service des orientations stratégiques définies par les acteurs de la réadaptation en 2018

- L'objectif principal est d'améliorer la qualité de prise en charge et d'en assurer l'homogénéité sur l'ensemble du territoire. En effet, le secteur SSR est un champ d'activité à la répartition très hétérogène sur le territoire national, aussi bien sur le plan quantitatif (nombre de SSR par territoire) que qualitatif (répartition par spécialité)



- Parmi les différents outils de régulation de l'offre de soins, deux leviers font l'objet d'une réforme en SSR :
  - Réforme des autorisations
  - et réforme du financement
- Le droit des autorisations sanitaires n'est donc que l'un des outils de régulation de l'offre de soins. Ce régime détermine les normes dites « opposables ».

- Les réformes en cours sont donc au service des orientations stratégiques du secteur et servent chacune des objectifs précis (parfois le même, parfois des objectifs différents)
- - En parallèle de la réforme du financement, des travaux d'évolution de la classification ont été lancés afin de mieux décrire les séjours, les profils des patients et la réalité de la prise en charge

- Très concrètement : la réforme des autorisations mettra à jour les textes définissant les obligations (compétences et équipements) à remplir pour être autorisés à l'activité de SSR afin de
  - proposer des règles relatives à la prise en charge et au parcours des patients (prise en compte de l'amont et de l'aval)
  - Renforcer les compétences nécessaires à une prise en charge de qualité
  - Promouvoir une approche territoriale de l'offre, garantissant aux patients l'accès à une offre adaptée à leurs besoins

## Les décrets

### « Art. R. 6123-118.

– *L'activité de soins médicaux et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et limitations d'activité, soit dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus, que ces conséquences soient physiques, cognitives, psychologiques ou sociales. « Cette activité comprend des actes à visée diagnostique et thérapeutique et des actions à visée préventive et d'éducation thérapeutique et de réinsertion dans le cadre du projet thérapeutique du patient. »*

### « Art. R. 6123-119.

– *I. – Les actes à visée diagnostique mentionnés dans la présente section comprennent notamment les bilans fonctionnels préalables à la mise en œuvre du projet thérapeutique, l'exploration des complications et les évaluations en cours et à la fin de la mise en œuvre du projet thérapeutique.*

« *II. – Les actes à visée thérapeutique mentionnés dans la présente section comprennent notamment les actes réalisés en situation subaiguë et chronique impliquant une surveillance, des soins médicaux et infirmiers, des soins de réadaptation, l'adaptation de l'environnement et des aides techniques.*

« *III. – Les actions à visée préventive et d'éducation thérapeutique mentionnées dans la présente section comprennent toutes actions permettant la diminution des récurrences et complications, la réduction du recours aux soins curatifs aigus et l'amélioration de la qualité de vie des patients, associant le cas échéant l'entourage du patient.*

« *IV. – Les actions à visée de réinsertion mentionnées dans la présente section sont destinées à favoriser la réinsertion familiale, sociale, scolaire et professionnelle »*

## Les nouvelles dénominations des SMR

### Décret 2008

- SSR Polyvalent
- Affection de la personne âgée, polypathologique dépendante ou à risque de dépendance
- Affections de l'appareil locomoteur
- Affections du système nerveux
- Affections cardio-vasculaires
- Affections respiratoires
- Affections du système digestif, métabolique et endocrinien
- Affections des brûlés
- Affections liées aux conduites addictives
- SSR enfants
- Affections onco-hématologiques

### Décret 2022

Mention Polyvalent

Mention Gériatrie

Mention Locomoteur

Mention Système nerveux

Mention Cardio-vasculaire

Mention Pneumologie

Mention Système digestif, endocrinologie, diabétologie, et nutrition

Mention Brûlés

Mention Conduites addictives

Mention Enfants et Adolescents

Mention Jeunes enfants, Enfants et Adolescents

Mention Oncologie

Mention Oncologie et Onco-hématologie

« Art. D. 6124-177-13.-I.- et suivants ... L'équipe pluridisciplinaire comprend, outre les équipes prévues à l'article D. 6124-177-3 ... telle ou telle profession »

à ne pas confondre avec les activités proposées par « mention »

		SSR Polyvalent	Affections de la personne âgée, polypathologique dépendante ou à risque de dépendance	Affections de l'appareil locomoteur	Affections du système nerveux	Affections cardio- vasculaires
2008 SSR						
2022 : 2023 SMR Mentions...		Polyvalent	Gériatrie	Locomoteur	Système nerveux	Cardio- Vasculaire
M. Kinésithérapeute	2008					
M. Kinésithérapeute	2022					
Ergothérapeute	2008					
Ergothérapeute	2022					
Orthophoniste	2008					
Orthophoniste	2022					
Diététicien	2008					
Diététicien	2022					
Psychomotricien	2008					
Psychomotricien	2022					
Psychologue	2008					
Psychologue	2022					
Orthoprothésiste	2008					
Orthoprothésiste	2022					
Enseignant APA	2008					
Enseignant APA	2022					
Educ. JE ou Educ. Spé	2008					
Educ. JE ou Educ. Spé	2022					
<b>ACTIVITE ETP</b>	2008					
<b>ACTIVITE ETP non spécifié</b>	2022					
Auxiliaire de Puériculture	2008					
Auxiliaire de Puériculture	2022					

« Art. D. 6124-177-13.-I.- et suivants ... L'équipe pluridisciplinaire **comprend, outre** les équipes prévues à l'article D. 6124-177-3 ... telle ou telle profession »

à ne pas confondre avec les activités proposées par « mention »

2008 SSR		Affections respiratoires	Affections du système digestif, métabolique et endocrinien	Affections des brûlés	Affections liées aux conduites addictives	SSR enfants	Affections onco-hématologiques	
2022 : 2023 SMR Mentions ...		Pneumologie	Système digestif, endocrinologie diabétologie et nutrition	Brûlés	Conduites addictives	Enfants et Adolescents / Jeunes Enfants, Enfants et Adolescents	Oncologie / Onco-Hématologie	
M. Kinésithérapeute 2008		[Green bar]						
M. Kinésithérapeute 2022								
Ergothérapeute 2008		[Green bar]						
Ergothérapeute 2022								
Orthophoniste 2008		[Green bar]						
Orthophoniste 2022								
Diététicien 2008		[Green bar]						
Diététicien 2022								
Psychomotricien 2008		[Green bar]						
Psychomotricien 2022								
Psychologue 2008		[Green bar]						
Psychologue 2022								
Orthoprothésiste 2008		[Green bar]						
Orthoprothésiste 2022								
Enseignant APA 2008		[Green bar]						
Enseignant APA 2022								
Educateur JE ou Educateur Spé 2008		[Green bar]						
Educateur JE ou Educateur Spé 2022								
<b>ACTIVITE ETP</b> 2008		[Green bar]						
<b>ACTIVITE ETP non spécifié</b> 2022								
Auxiliaire de Puériculture 2008		[Green bar]						
Auxiliaire de Puériculture 2022								



## A NOTER : Financements complémentaires via les MIGAC pour les ...

### Activités d'expertise :

- La prise en charge en réadaptation neuro-orthopédique
- La prise en charge dans le cadre de la filière de réadaptation en post-réanimation à destination des patients lourds et complexes :
  - Services de réadaptation post-réanimation – SRPR
  - La prise en charge en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Neurologique - PREPAN
  - Unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel (EVC-EPR)
- La prise en charge en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Respiratoire - PREPAR
- La prise en charge en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Cardiologique – PREPAC
- La prise en charge des troubles cognitifs et comportementaux des patients cérébro-lésés
- La prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive
- La prise en charge des lésions médullaires
- La prise en charge des obésités complexes
- La prise en charge des patients amputés, appareillés ou non

### Plateaux Techniques Spécialisés

- Balnéothérapie
- Isocinétisme
- Analyse de la marche et du mouvement
- Rééducation assistée des membres supérieurs
- Assistance robotisée des membres inférieurs
- Plateau de rééducation de préparation du retour à la conduite automobile

Au-delà de la présentation synthétique de ces premières pages du dossier KINESCOPE a souhaité requérir le point de vue des différents acteurs de ce secteur.

D' « une réforme attendue (?) » que nous avons choisi pour titre de ce dossier nous passerons à une réforme « changement de paradigme », puis à une « réforme impasse », et à une réforme « triple évolution aux multiples interrogations subsistantes » ... qui montrent bien que ce qui peut être vrai pour l'un ne l'est pas forcément pour l'autre ... et que chaque vrai ne constitue qu'une part de la vérité !

## POINT DE VUE

### Réforme des SSR vers des SMR, vers un changement de paradigme ?

Olivier SALTARELLI  
Secrétaire général du CNKS

La société a évolué, la médecine se tourne de plus en plus vers une médecine ambulatoire, les structures de ville se développent via les Maisons de Santé et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

La réforme « Ma Santé 2022 », portée par la Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, réinterroge les organisations territoriales de santé via les hôpitaux de proximité et le développement souhaité des liens ville-hôpital.

De plus, l'apparition des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), mis en place par la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, nécessite de réinterroger les parcours de soins et la coordination qui s'en suit entre hôpital et soins de ville.

Ces différentes évolutions conduisent à imaginer un système fonctionnant sur le triptyque suivant : des CHU hautement spécialisés, en charge de l'aigu, des hôpitaux de proximité tournés vers des prises en soins subaigus, et une prise en soins de ville dans les phases qui suivent, en complémentarité des structures hospitalières pour les prises en soins de pathologies qui se chronicisent.

Le passage aux termes de soins médicaux et de réadaptation en interroge plus d'un parmi les différents acteurs. Cette réforme mentionne le fait que « *L'activité de soins médicaux et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et limitations d'activité, soit dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus, que ces conséquences soient physiques, cognitives, psychologiques ou sociales.*

*Cette activité comprend des actes à visée diagnostique et thérapeutique et des actions à visée préventive et d'éducation thérapeutique et de réinsertion dans le cadre du projet thérapeutique du patient.* » (art. R.6123-118 du Code Santé Publique) ;

il est, par ailleurs précisé que « *Les actes à visée thérapeutique mentionnés dans la présente section comprennent notamment les actes réalisés en situation subaiguë et chronique impliquant une surveillance, des soins médicaux et infirmiers, des soins de réadaptation, l'adaptation de l'environnement et des aides techniques.* » (art. R.6123-119 du Code de la Santé Publique).

Quant à la notion de réadaptation, elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « *un ensemble d'interventions conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap des personnes souffrant de problèmes de santé lorsqu'elles interagissent avec leur environnement* ».

Ainsi donc, l'ensemble des professionnels de la rééducation et de la réadaptation y trouvent la pleine expression de leurs singularités professionnelles.

Le nombre de mentions de SSR / SMR passe de 11 à 13 :

la mention pédiatrie se décompose en deux subdivisions jeune enfant / enfant et-adolescent ;

la mention cancer est elle divisée en mentions oncologie et onco-hématologie.

Cette nouvelle réforme entérine le rôle fondamental du kinésithérapeute dans la quasi-totalité des SMR à venir, quelle que soit leur dénomination de spécificité (exception des SMR « conduites addictives »).

Elle précise, enfin, les pratiques professionnelles indispensables au fonctionnement de ces structures. De plus, elle établit une liste fermée de professionnels pouvant intervenir dans celles-ci ; elle précise le nombre d'interventions journalières, en indiquant le type de professionnels qui peuvent être amenés à

intervenir et/ou les activités qui peuvent être proposées..

Ainsi, les modes de fonctionnement rééducatifs / réadaptatifs sont-ils précisés. Cela devrait conduire, nous l'espérons, à la réévaluation des besoins en termes de ressources humaines par les directions concernées, afin de pouvoir faire fonctionner, de manière légale et légitime, ces futures structures.

Enfin, il est à noter que ces décrets précisent les moyens techniques nécessaires pour le bon fonctionnement, et à la prise en soins optimum des patients, de ces structures. Cela nécessitera soit des redéfinitions des mentions actuelles des SSR, soit un plan d'investissement en matériel pour répondre aux exigences réglementaires, à défaut de quoi certains agréments pourraient être remis en cause par les autorités de tutelle.

Ainsi donc, il semble plus que nécessaire, que les différentes structures concernées se projettent dans les investissements indispensables à leur fonctionnement ; il est à noter que, depuis 2016, la MIG PTS (Mission d'Intérêt Général « Plateau Technique Spécialisé ») peut être sollicitée pour aider au financement de ces équipements.

De manière plus globale, ces nouveaux décrets précisent de manière plus fine les moyens humains et matériels nécessaires au fonctionnement de ces différentes structures.

En revanche, ces textes auraient mérité d'être complétés par des chiffrages en termes de quotas/ratios de rééducateurs en regard du nombre de lits, afin de contribuer à la qualité des prises en soins de rééducation-réadaptation ; a minima, il sera possible d'évaluer la charge de travail des différents professionnels en regard des exigences réglementaires quant aux rythmes et types de prises en soins.

## POINT DE VUE

### Décrets relatifs aux Soins médicaux et de réadaptation : une impasse française ?

Jean Pascal DEVAILLY,  
Président du SYFMER

**Les décrets tant attendus relatifs aux Soins médicaux et de réadaptation (SMR) ont été publiés.** Cette dénomination (SMR) remplace celle de Soins de suite et de réadaptation (SSR).

Nous analyserons les deux décrets relatifs aux implantations<sup>1</sup> et aux conditions de fonctionnement<sup>2</sup> du 11 janvier 2022 en envisageant leur impact sur les parcours, sur les nouveaux modèles économiques et sur le comportement prévisible des acteurs dans un contexte d'austérité budgétaire

Le secteur des SSR est un des secteurs post-aigus les plus vastes et hétérogènes du monde. Créé en 1991 sur un modèle linéaire des prestataires successifs des parcours de soins, court, moyen et long séjour, **les SSR français ne sont jamais parvenu à spécifier leurs activités** comme le signalait la Cour des comptes en 2012.

Pourtant à l'aube du XXI<sup>ème</sup> siècle, avec le **système international des comptes de la santé** (ICHA)<sup>3</sup> a émergé un consensus autour d'un système bidimensionnel d'organisation et de comptabilité permettant une allocation des ressources aux **prestataires** successifs des parcours de soins (soins ambulatoires, courts séjours, soins post-aigus et soins et hébergement de longue durée) selon une **nomenclature fonctionnelle** des composantes de la valeur des soins : prévention, soins curatifs, réadaptation, soutien à l'autonomie et soins palliatifs.

A rebours de l'évolution internationale, les décrets de 2008 avaient supprimé la distinction entre les deux finalités principales antérieures des SSR : les soins de suite d'une part et la réadaptation d'autre part.

**Les nouveaux décrets SMR auraient pu être l'occasion de définir les finalités principales des SSR.**

Au contraire la France persiste, dans un modèle unidimensionnel en silos, à confondre les soins curatifs avec le court séjour, la réadaptation avec les SSR, la psychiatrie avec la santé mentale et les soins de soutien à l'autonomie dans la vie quotidienne avec les soins de longue durée.

La comparaison avec les systèmes étrangers montre qu'au-delà des SSR c'est de l'absence de nomenclature fonctionnelle de la santé que résulte l'impasse de la spécification et du financement des SSR.

La sortie cette impasse ne peut émerger d'un processus de décision limité aux acteurs du secteur SMR. De plus il ne doit pas être la somme des coalitions d'intérêts. Il importe de s'appuyer sur un pilotage stratégique fondé sur un cadre institutionnel rénové de l'ensemble des secteurs et des modes de financement de notre système de santé.

... les SSR  
français ne sont  
jamais parvenu à  
spécifier leurs  
activités

## I. Le décret relatif aux conditions d'implantations

### Une définition introuvable des missions des SSR

Les articles R. 6123-118 et R. 6123-119 montrent l'impossibilité de définir la fonction de réadaptation en la cantonnant au seul secteur des SMR. L'article R. 6123-118 donne une définition de l'objet de l'activité SMR qui est très proche la définition internationale de la réadaptation de l'OMS. **La rédaction de l'article R. 6123-118 se comprend mieux si l'on rappelle que le premier projet était de renommer les SSR « soins de réadaptation ».** Si certains acteurs dont le CNP de MPR ont voulu promouvoir la réadaptation comme terme générique englobant la rééducation, la réadaptation - dans son sens français restreint - et la réinsertion, cela ne visait pas pour autant à la confondre avec l'ensemble des fonctions des SMR, ni à occulter - du fait de cette confusion - qu'elle se déploie dans tous les secteurs de la santé.

En effet, conformément au modèle de l'OMS et de l'OCDE (ICHA), les SMR ont trois fonctions ou finalités souvent intriquées mais avec des proportions très variables selon les activités :

**les soins curatifs subaigus, les soins de réadaptation et les soins de soutien à la perte d'autonomie** qui en SMR ont une fonction de « soins de transition ».

Ces fonctions du système de santé n'ont malheureusement pas été identifiées.

**La dénomination SMR** a donc été préférée à la fois par ceux qui voulaient éviter la confusion entre SMR et réadaptation, par ceux qui souhaitaient voir disparaître la terminologie de « soins de suite » en insistant sur la médicalisation croissante des SSR, enfin par ceux qui souhaitaient valoriser d'autres domaines de soins, dont les soins de prévention et d'éducation thérapeutique, des pratiques thérapeutiques non spécifiques de la réadaptation dont des soins de bien-être, de confort voire des médecines alternatives.

**L'article R. 6123-118** entérine de ce fait la **superposition entre secteur et fonction** qui s'étend au-delà des SSR alors que la fonction de réadaptation en réponse à la transition démographique et épidémiologique se déploie dans tous les autres secteurs du système de santé

L'OMS définit la réadaptation comme « un ensemble d'interventions conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap des personnes souffrant de problèmes de santé lorsqu'elles interagissent avec leur environnement »<sup>4</sup>.

**La lecture de l'article R. 6123-119** montre que la réadaptation figure dans les actes thérapeutiques cités au II, mais non au I au titre de **diagnostic de réadaptation**.

La réadaptation est clairement distinguée des soins de prévention, d'éducation thérapeutique, et des « soins médicaux et infirmiers ».

Doit-on comprendre que les soins médicaux sont des soins

réalisés par des médecins ? Les « soins médicaux et infirmiers » sont-ils des soins curatifs ou de réadaptation.

Par ailleurs la réinsertion n'intègre pas la définition générique de la réadaptation souhaitée par certains acteurs selon la définition internationale.

Si la réadaptation voit son champ s'étendre en englobant la rééducation, terme qui doit être compris comme synonyme de « réadaptation centrée sur la fonction », il n'y en a aucune définition de nature à en faire un domaine identifié du système de santé.

Un tel domaine devrait faire l'objet, comme le préconise le HCAAM dans son avis du 22 avril 2021, d'une **allocation par destination des soins**<sup>5</sup>. Dans cet avis le HCAAM cite la réadaptation à côté des soins curatifs selon les nomenclatures de l'ICHA.

On perçoit donc le frémissement d'une possible réforme mais qui ne pourra émaner du seul secteur des SMR.

La seule définition tangible du périmètre de la réadaptation reste celle du projet de classification tarifaire 2022 : **c'est l'ensemble de actes codés par le CSARR.**

Cette définition exubérante étend le champ des professionnels de réadaptation aux 32 codeurs du CSARR. Cela va bien au-delà des périmètres internationaux centrés en général sur ce qu'on nomme en France « métiers de la rééducation ».

La vaporisation de la réadaptation risque d'induire des modèles économiques valorisant mal la réadaptation intensive et complexe. La réadaptation reste encore un OVNI : un objet de valeur non identifiée (Figure 1, ci-après)

**Articulation entre composantes de la valeur et nomenclature fonctionnelle des soins.**

Attente des patients ou composantes de la valeur	Allocation par destination	Fonctions de l'ICHA (OCDE)	Stratégies de santé de l'OMS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas mourir prématurément: pronostic vital</li> </ul>		Promotion et prévention (HC.6)	Stratégie de promotion
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Récupérer ou préserver un niveau de fonctionnement optimal: pronostic fonctionnel</li> </ul>		Soins curatifs (HC.1)	Stratégie de promotion
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouvoir reprendre rapidement ses activités antérieures*</li> </ul>		Soins de réadaptation (HC.2)	Stratégie curative
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eviter les pertes de chances: soins inutiles, erreurs de diagnostic, inconforts liés aux traitements complications, effets secondaires des traitements...</li> </ul>		Soins au long cours aux frontières des politiques du handicap (HC.3)	Stratégie de réadaptation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien en santé et en fonction en évitant les récurrences par des soins au long cours</li> <li>• Eviter les conséquences pathogènes à long terme des traitements</li> </ul>		Stratégie de soutien et d'accompagnement social aux frontières des systèmes de santé et des autres politiques publiques	

\* Définition difficile des frontières avec l'action sociale et médico-sociale

## Les mentions spécialisées dépourvues de critères de prise en charge

Parmi les avancées positives par rapport aux décrets de 2008, signalons la définition des soins de suite « polyvalents » et les nouvelles modalités « cancer » et « pédiatrie ».

(cf. Tableau 1, ci-après).

L'autorisation en hospitalisation conventionnelle confère celle en hospitalisation à temps partiel avec l'obligation de l'organiser sauf dérogation.

Les mentions spécialisées restent par ailleurs identiques avec une terminologie plus proche des spécialités médicales aiguës pour la gériatrie et la pneumologie, alors que les décrets de 2008 avaient évité ces confusions. La **segmentation étiopathogénique** en filières amont-aval épouse toujours les catégories médicales de l'aigu. Sans critères de prises en charge distinguant les patients qui relèvent des SMR polyvalents ou de SMR spécialisés, elle ne **répond plus aux besoins des patients polyopathologiques requérant une réadaptation intensive et complexe**, quel que soit l'âge.

Décrets de 2008		Décrets du 11 janvier 2022
SSR polyvalents (Autorisation générique)		Mention « polyvalent » : conditions techniques spécifiques
Affections de l'appareil locomoteur		Mention « locomoteur »
Affections du système nerveux		Mention « système nerveux »
Affections cardio-vasculaires		Mention « cardio-vasculaire »
Affections respiratoires		Mention « pneumologie »
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien		Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »
Affections <del>onco</del> -hématologiques	Modalité « Cancer »	Mention « oncologie »
		Mention « oncologie et <del>onco</del> -hématologie »
Affections des brûlés		Mention « brûlés »
Affections liées aux conduites addictives		Mention « conduites addictives »
Affections de la personne âgée, polyopathologique dépendante ou à risque de dépendance		Mention « gériatrie »
SSR enfants	Modalité « Pédiatrie »	Mention « enfants et adolescents »
		Mention « jeunes enfants, enfants et adolescents »

## II. Le décret relatif aux conditions de fonctionnement

### Des conditions de fonctionnement minimalistes

Alors que les coûts ne sont plus couverts faute d'un modèle économique capable de soutenir les activités spécialisées de réadaptation et que ces activités prennent en charge des patients de plus en plus lourds, les conditions techniques de fonctionnement, **ne répondent pas à la cohérence promise entre autorisations et financement.**

mentions : « un ou plusieurs masseurs-kinésithérapeutes » par exemple ;

- la description imprécise de « pratiques thérapeutiques » dont certaines ne sont pas liées à des professions particulières et ne sont spécifiques ni des soins hospitaliers ni des SSR (éducation thérapeutique, activité physique adaptée) ;
- le caractère minimaliste de la notion de

L'équipe pluriprofessionnelle comprend un ou plusieurs:	MK	Ergothérapeute	Orthophoniste	Détecticien	Psychomotricien	Psychologue	Orthoprothésiste	E-APA	Educateur	Aux. Puériculture	Nombre de pratiques thérapeutiques offertes par la structure dans une liste fermée	Nombre de séquences par jour ouvré dont séquence individuelle
Polyvalent	■										2: MK, E, D, O, Psy, PM, APA	1 indiv. ou collective
Gériatrie	■			■		■					3: MK, E, D, PM, O, Psy, APA	2 indiv. ou collective
Locomoteur	■					■					3: MK, E, orthoprothésiste, PM, Psy, APA	2 dont 1 individuelle
Système nerveux	■		■			*					3: MK, E, O, PM, Neuro-Psy, APA	2 dont 1 individuelle
Cardio-Vasculaire	■			■		■					2: MK, E, D, O, PM, Psy, ETP, APA	2 indiv. ou collective
Pneumologie	■			■		■					2: MK, E, D, PM, Psy, ETP, APA	2 dont 1 de MK
Digestif...	■			■		■		■			3: MK, E, D, ETP, Psy, APA	2 dont 1 individuelle
Brûlés	■	■	■	■		■	■				2: MK, E, O, PM, D, Psy, orthoprothésiste	-
Conduites addictives						■					2: Psy, ETP, E, PM, D, APA	2 indiv. ou collective
Enfants ados	■					■			■		3: MK, E, O, PM, Psy, APA	2 dont 1 individuelle
Jeunes enfants...	■					■			■	■	3: MK, E, O, PM, Psy, APA	2 dont 1 individuelle
Oncologie Onco-hématologie	■			■		■					2: MK, E, D, O, Psy, PM, APA	2 indiv. ou collective

■ « Un ou plusieurs »

\*au moins un formé en neuro-psychologie

(Tableau 2, page ci-dessus Décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement : professionnels, pratiques thérapeutiques et séquences selon les mentions)

Les conditions techniques de fonctionnement se caractérisent par

- l'absence de ratios garantissant l'intensité et la technicité requise, avec la seule indication de professions obligatoires, variable selon les

séquence par jour ou par venue ;

Ces conditions semblent dictées par des arrière pensées économiques des producteurs de soins en contexte de tension budgétaire et de difficultés de recrutement pour certains métiers (kinésithérapeutes, orthophonistes...).

Ces conditions risquent de réduire la qualité des soins en SMR polyvalents ou spécialisés : la diversité des «pratiques thérapeutiques» permettra la substitution plus aisée des professionnels vers les professions dont le recrutement est moins difficile.



**Le saupoudrage quotidien** d'interventions de courte durée auquel incite le mécanisme des pondérations du CSARR et la multiplication des «**séquences**» **collectives** risquent d'être privilégiés **au détriment de la pertinence des programmes de soins**.

### III. L'impact prévisible sur le comportement des acteurs

#### Le cercle vicieux entre conditions minimalistes et échelles de tarifs

**L'absence de définition de programmes de soins spécifiques** interdit la fixation de tarifs reflétant des programmes homogènes sur le plan de l'activité clinique et des coûts.

- Les groupes médico-économiques reflètent une homogénéité de coûts mais pas une homogénéité clinique<sup>6</sup>.
- Les échelles de coûts enregistrent donc ce qui est consommé mais, sans condition de fonctionnement notamment de ratios, le mécanisme des Echelles nationales de coûts (ENC) lisse les coûts calculés de la prise en charge. Les moyennes sont assimilées à des normes. De plus les **échelles de tarifs** ne reflètent pas les coûts calculés mais dépendent d'une enveloppe fermée l'ONDAM et sont modulées par des priorités de santé publique.
- A chaque nouvelle ENC les tarifs diminuent pris en ciseau entre les conditions de fonctionnement réelles et les moyennes calculées mais corrigées par les incitations macroscopiques.
- Ces tarifs conduisent à des modèles économiques qui contraignent les directions à réduire les dépenses et à favoriser les activités les moins coûteuses en optimisant le codage au regard de la réglementation en vigueur.

#### Les risques liés à l'adaptation aux nouveaux modèles économiques

En l'absence de groupes médico-économiques répondant à des séquences de soins homogènes et soutenant un modèle économique viable, les directions seront confrontées au seul moyen de maintenir les activités, réduire la qualité des soins

en réduisant les effectifs et la qualification et les compétences des équipes.

Trois mécanismes de substitution permettent cette réorganisation économique :

- la substitution des professionnels de réadaptation par des professionnels moins spécifiques ou moins qualifiés ;
- la substitution des pratiques thérapeutiques de réadaptation centrées sur la fonction par des pratiques non spécifiques de la réadaptation et/ou des SSR ;
- la substitution des séances individuelles par des séances collectives.

Les programmes de soins, par exemple pour un patient victime d'un AVC, risquent de ne plus être conçus selon la médecine fondée sur les preuves mais à partir des professions, des effectifs et des temps de réadaptation disponibles dans l'établissement.

### IV. Les perspectives

#### Vers une nomenclature fonctionnelle des domaines de la santé

Il faut renoncer à trouver la solution de la réforme du secteur à l'intérieur des ex-SRR. Un tel processus de décision, qui n'implique que les acteurs des futurs SMR, ne peut aboutir à des résultats différents de ce qui en a émergé précédemment.

Du grand «fourre-tout» - dénoncé par Jean-Pierre Held lors du cantonnement autoritaire des activités de MPR dans le champ des SSR - jusqu'à «l'absence de spécification» des activités et au «pilotage sans cap précis» dénoncés par la Cour des comptes en 2012, l'impasse des réformes est avérée et itérative.

En France le système reste unidimensionnel. Une fois définis les prestataires les prestataires sont confondus avec une fonction unique, alors que ces fonctions se combinent en composantes indispensables de la valeur<sup>7</sup> dans chaque secteur prestataire, en ville et en établissements sanitaires ou médico-sociaux.

## Une occasion manquée ?

La réforme des SSR est une nouvelle occasion manquée malgré quelques avancées positives. Il faut en chercher la cause en dehors du champ des SSR. Notre système de santé persiste à ignorer les cadres conceptuels et les nomenclatures internationales des prestataires et des fonctions de la santé. Cette impasse cognitive empêche la spécification des activités de SMR depuis leur création.

L'absence combinée de critères d'admissions, de conditions de fonctionnement robustes et d'un modèle économique adapté à la diversité des besoins va retentir sur tous les secteurs la chaîne amont-aval.

Elle va accroître les dysfonctionnements des filières que les pouvoirs publics avaient réussi à structurer par exemple pour les lésions cérébrales et médullaires mais aussi dans bien d'autres domaines.

La définition d'une gradation différenciée des niveaux de complexité selon qu'elle concerne les soins curatifs post-aigus, la réadaptation ou le soutien à la perte d'autonomie est en échec.

Il reste par exemple impossible de définir des activités de soins médicaux prolongés lourds ou des activités de réadaptation de niveau 3 pour les patients atteints de lésions cérébrales ou médullaires.

Les SMR restent un secteur mal différencié de dégagement de l'amont. L'engorgement des lits de court séjour et les processus de triage majorés par la pandémie risquent de s'aggraver alors que le virage ambulatoire reste incantatoire.

Les incitations à développer l'hospitalisation de jour en SMR sont insuffisantes.

Les soins ambulatoires et à domicile restent encore trop inadaptés à une réadaptation pluriprofessionnelle complexe malgré le développement progressif des équipes mobiles, de l'HAD de réadaptation et des d'équipes pluriprofessionnelles en soins de ville, spécialisées ou non.

Seule une réforme distinguant enfin les **prestataires** des **fonctions** permettra de soutenir une organisation, un système d'information, une comptabilité analytique et un modèle de financement à la mesure de la diversité des activités.

Seule une réforme distinguant enfin les **prestataires des fonctions** permettra de soutenir une organisation, un système d'information, une comptabilité analytique et un modèle de financement à la mesure de la diversité des activités.

Nous préconisons d'utiliser la nomenclature fonctionnelle de la Classification internationale des comptes de la santé (ICHA) : soins curatifs subaigus, soins de réadaptation et soins d'assistance avec hébergement de transition<sup>8</sup>.

Il faut s'appuyer sur l'identification claire et bien délimitée de la réadaptation donnée par la définition internationale.

Elle pourra dès lors s'inscrire dans une définition modernisée des fonctions du système de santé, fondée sur le cadre conceptuel proposé par les organisations et nomenclatures internationales (CIF, OCDE, ICHA) et conforme à l'avis de la HCAAM relatif à l'allocation par destination des soins (cf. Fig.1, page 10).

Une fois définie, il conviendra d'urgence de réduire le périmètre exubérant de la réadaptation par un recentrage des interventions autour des métiers spécifiques de la réadaptation. Ce travail est en cours dans la réforme du CSARR, certains actes étant réservés à des professions précises. Cette démarche est indispensable afin d'éviter une déqualification des équipes multidisciplinaires de réadaptation spécialisées, entre autres celles de MPR.

Les outils actuels de description des patients ne permettent pas de valoriser correctement les activités spécialisées de réadaptation les plus exigeantes en compétences professionnelles spécifiques, en temps humain et en plateaux techniques coûteux. Ces coûts ne sont plus couverts par les modes de financement actuels et des conditions de fonctionnement si peu exigeantes ne pourront garantir la qualité des soins.

... il conviendra d'urgence de réduire le périmètre exubérant de la réadaptation par un recentrage des interventions autour des métiers spécifiques de la réadaptation.

La séquence de soins est plus pertinente comme unité de groupage que le séjour complet qui ne peut constituer un objet clinique homogène. Pour les activités dont la finalité principale est la réadaptation, les séquences doivent être décrites par des groupes fondés sur le pronostic fonctionnel. C'est pourquoi il est indispensable d'intégrer aux outils de description des patients par le PMSI-SSR une évaluation du potentiel de réadaptation, déterminant des programmes et des ressources similaires garanties par des conditions techniques de fonctionnement robustes

L'OMS invite à lever les obstacles à la réadaptation dans les pays à faible revenus mais elle constate qu'ils existent tout autant dans les pays à haut revenu soumis à des politiques d'ajustement des dépenses de santé. Selon l'OMS la réadaptation est partie intégrante des politiques du handicap.

**Le premier obstacle à l'organisation et au financement de la réadaptation est l'absence de stratégie nationale de réadaptation.**

## Bibliographie

- 1 Décret no 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation
- 2 Décret no 2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation
- 3 Système international des comptes de la santé. 2011
- 4 Site de l'OMS : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
- 5 Avis du HCAAM sur la régulation du système de santé. 22 avril 2021
- 6 Devailly JP. SSR : conditions et enjeux d'une réforme ambitieuse. Gestions Hospitalières. N° 611 ; décembre 2021, 588-595
- 7 Porter M. What Is Value in Healthcare N Engl J Med 2010; 363:2477-2481
- 8 Ibid 6
- 9 Appel à l'action : Réadaptation 2030. Note de synthèse

## POINT DE VUE

### 2022 – 2023 : Mise en place de la réforme des SSR, retour d'expérience d'un coordonnateur des soins en région Grand Est.

Isabelle Monclin  
Coordonnateur des Soins, MK

#### KINESCOPE : Comment les établissements ont-ils anticipé la réforme ?

**I.M** : La parution au journal officiel des décrets réformant les SSR en ce début d'année vient ponctuer les changements concernant les autorisations, la classification et le financement des SSR ou plutôt des Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR).

Du fait du contexte de la crise sanitaire, ces réformes sont repoussées en 2023 et s'appuieront comme année de référence sur 2022.

Les établissements SSR quels que soient leurs statuts (public, privé à but lucratif ou non) se sont plus ou moins préparés à cette réforme depuis de nombreuses années. Alors, la vision stratégique des directions est essentielle pour préparer le passage à la dotation modulaire à l'activité en s'appuyant sur les nouveaux décrets, pas si nouveaux car déjà proposés en 2019 pour « information ».

Afin d'optimiser les ressources humaines ..... et les ressources matérielles ... , la formalisation de programmes standardisés est le socle de nos prises en charge spécifiques.

#### KINESCOPE : Comment s'adapter aux évolutions ?

**IM** : Afin d'optimiser les ressources humaines que représentent l'équipe pluri-professionnelle et les ressources matérielles performantes répondant aux besoins du patient, la formalisation de

programmes standardisés est le socle de nos prises en charge spécifiques.

La place de l'Education Thérapeutique concernant la prise en charge de pathologies chroniques complète ses parcours.

L'innovation est essentielle et des actions de mécénat ou de réponse à projet la facilite. Il est évident que tous les établissements ne sont pas sur un même pied d'égalité.

Il ne faut pas oublier l'**environnement architectural** qui permet de répondre à des prises en charge évolutives en fonction des autorisations qu'elles soient collectives, individuelles – dédiées, ou non dédiées.

Beaucoup d'établissements ont été délocalisés et reconstruits ou rénovés grâce aux nombreux plans « hôpital », le dernier date de 2021.

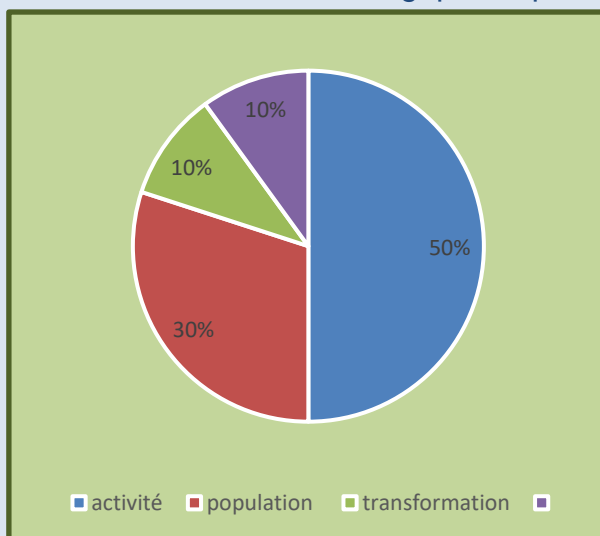
## KINESCOPE : Quid de la mise en place de l'ambulatoire ?

**I.M :** Enfin, le virage ambulatoire en 2013, véritable alternative à l'hospitalisation complète est une opportunité pour les établissements avec le développement d'équipes mobiles spécialisées, d'hospitalisation à temps partiel (HTP), d'Hospitalisation à domicile (HAD). Il permet de répondre au mieux au besoin de la population ainsi qu'aux structures d'amont et aux structures d'aval.

## KINESCOPE : ...Et quid du financement ?

Ainsi, se profile le nouveau modèle de financement basé :

- pour 50% sur les recettes issues de l'activité ;
- pour 30% sur la dotation populationnelle ; allocation de ressources en accompagnement des développements d'activité et de l'amélioration de la qualité de la prise en charge sur le territoire et sur la base des caractéristiques des patients, de leurs environnements et ou des objectifs de santé publique.



On ne s'appuie plus sur l'offre et les caractéristiques des structures. Cela reste une vraie préoccupation en fonction de notre environnement qui sera plus ou moins propice. Quid par exemple de 2 établissements distant d'une vingtaine de kilomètres avec les mêmes autorisations, les mêmes équipements ?

En comparaison, le plateau technique spécialisé représente 2%.

- pour 10% sur la dotation de transformation : allocation fondée sur une quantification par un objectif de santé publique dans une logique de parcours patient

## KINESCOPE : Que vont changer les nouveaux décrets dans notre quotidien ?

En fonction de nos activités et de nos parcours, cela va permettre si cela n'est pas fait de les réajuster en optimisant les ressources. Exemple : Pour un SSR polyvalent, une prise en charge kinésithérapique

en groupe ou en individuelle est spécifié et suffisante.

La pédiatrie, les conduites addictives et l'oncologie sont mieux définis

La notion de séquences est précisée en individuelle et ou collective.

En termes de ressources humaines, de ce fait, est ce que nous aurons les ressources nécessaires pour y répondre ?

Bon nombre d'établissements prennent en charge en non dédié (2 à 3 patients) et peu font de l'individuel sauf en évaluation.

Certains compensent par des prises en charge collectives favorisant la prise en charge individuelle par d'autres professions.

De nouvelles professions sont identifiées pour la majorité des spécialisés : EAPA, psychomotricien, psychologue, diététicien, neuropsychologue.

L'assistance sociale n'apparaît pas mais a un rôle essentiel dès l'admission du patient. Cela conforte nos choix d'une prise en charge pluri professionnelle.

Néanmoins, certaines professions en fonction des régions ne sont pas disponibles comme les neuropsychologues ou les orthophonistes paradoxalement aux kinésithérapeutes. Par exemple : un SRR de 350 lits et places avec

mention neuro s'est retrouvé sans orthophoniste pendant plusieurs mois.

L'importance de la formation, de l'éducation thérapeutique, de la qualité de vie au travail pour fidéliser nos équipes sont essentiels et prioritaire pour le manager d'aujourd'hui.

Ainsi, la publication des décrets n'est pas une surprise pour bon nombre d'entre nous.

Par contre, le modèle de financement - même si nous y sommes préparés - reste une vraie interrogation alors que le modèle T2A s'essouffle et tendrait à disparaître.

Enfin, la nouvelle classification des actes de rééducation préfigure du M de SMR où la lourdeur, la sévérité et le niveau de réadaptation permet de mieux décrire les séjours de nos patients

## POINT DE VUE

« Décret SMR,

des évolutions intéressantes mais des interrogations subsistantes »

**Brice Martine**  
Directeur Délégué  
**Andrée Gibelin**  
Cadre Rééducation  
**SSR Camille Blanc**  
74500 Evian

### Point de vue du Directeur

La nouvelle appellation Soins Médicaux et de Réadaptation « SMR » a été introduite par les nouveaux décrets du 11 janvier 2022 visant à encadrer les activités de nos actuels Soins de Suite et de Réadaptation. Elle s'inscrit dans le cadre d'une triple évolution pour notre secteur d'activité :

- réforme des autorisations,
- réforme à venir sur le mode de financement avec notamment l'introduction d'une part de Dotation Modulée à l'Activité (DMA) plus importante et la création d'un socle de dotation populationnelle, la prise en compte d'activités d'expertise et d'une utilisation des plateaux

techniques spécialisés via des enveloppes Mission d'Intérêt Général (MIG),

- évolution sur la classification PMSI avec l'introduction d'une gradation par groupe de
- réadaptation notamment (notion de réadaptation plus ou moins intensive et spécialisée).

En direction d'établissement de soins de suite depuis plusieurs années, je m'étais personnellement interrogé sur l'opportunité d'une nouvelle réforme pour les SSR.

A quoi bon vouloir une nouvelle fois changer de nom et redéfinir des conditions d'implantations et de fonctionnement pour nos établissements ?

Les décrets de 2008, ayant antérieurement rassemblé bon gré mal gré derrière une seule et même dénomination des établissements très disparates, avaient à mes yeux l'avantage de poser déjà un cadre relativement clair : rôle et missions attendues pour nos établissements, compétences et équipements minimum requis, intensité de prise en charge minimale attendue pour les mentions spécialisées.

Était-il vraiment nécessaire de tout repenser une nouvelle fois ?

Finalement, ces nouveaux décrets ont effectivement déjà pour valeur ajoutée d'accompagner certaines transformations à l'œuvre actuellement :

- Favoriser un peu plus encore le virage ambulatoire attendu sur nos établissements par le fait que désormais lorsqu'un établissement sera autorisé, il le sera a priori directement sur les deux champs hospitalisation complète et de jour ; nul doute qu'associé à un modèle de financement avec une part DMA plus forte, les gestionnaires d'établissement auront alors davantage de possibilités pour opérer les transformations qu'ils souhaitent mettre en place sur leurs structures,

- Accueillir des patients au profil plus médicalisé qu'auparavant, comme l'indique la nouvelle appellation Soins Médicaux et de Réadaptation,

- Encourager à repenser le parcours de patients qui se doit d'être plus polymorphe aujourd'hui, alors que nous restons encore trop souvent dans une logique de parcours classique "MCO/SSR/Domicile". C'est une démarche de longue haleine dans les faits, et supprimer la notion de "Soins de Suite", s'inscrit dans cette dynamique, tout comme le fait que les décrets invitent une nouvelle fois à une articulation avec les structures médico-sociales.

- Mieux instituer la place qu'ont pris certains métiers dans nos établissements aujourd'hui. Il est intéressant de voir que l'enseignant APA, qui a su finalement au fil du temps trouver sa place dans nos établissements, fait partie désormais des compétences attendues dans la plupart des mentions spécialisées et fait même partie des professions obligatoires pour le « digestif endocrinologie, diabétologie, nutrition ».

Les traductions concrètes sur les recrutements devraient suivre. Sur notre établissement, nous avons à titre d'exemple tout dernièrement renforcé le temps d'APA au sein de l'équipe.

Nous l'avons fait d'autant plus volontiers que nous nous attendions bien à ce que ce métier fasse désormais partie des professions ciblées réglementairement pour nos activités.

Par ailleurs, parmi les évolutions notables, ces décrets tentent de prendre en compte deux spécificités portées par certains établissements de SSR aujourd'hui : l'hyperspécialisation de certains d'une part et l'accompagnement dans le champ de l'enfant d'autre part.

Les travaux en cours sur les activités d'expertise, introduisent donc un niveau supplémentaire de spécialisation pour certains établissements à l'échelon régional, afin de

reconnaître leur offre différente de celle des autres SMR spécialisés. Cette démarche a du sens car effectivement des différences significatives existent entre les offres proposées.

A titre d'exemple certains grands SSR neurologiques très spécialisés accueillant des patients blessés médullaires dans le cadre d'une réponse experte très poussée ou disposant d'une offre complète de prise en charge neuro-orthopédique médico-chirurgicale et rééducative et se mobilisant également sur des actions de recherche, sont de fait en décalage sur les moyens déployés et l'offre de soins mis à disposition. Il apparaissait donc logique que cette spécificité soit prise en compte.

Les premiers cahiers des charges transmis par la DGOS en avril 2021 constituent à ce propos une base d'analyse intéressante pour nos établissements, précisant justement les prises en charges, modes de coopération et moyens techniques attendus pour ces activités d'expertise. Il est probable qu'elle tirera vers le haut l'offre de bon nombre d'établissements visant une reconnaissance d'expertise. Restera néanmoins en suspens le fait de savoir si, in fine, cette reconnaissance prévue aussi au niveau du financement des établissements, permettra véritablement d'obtenir des moyens à la hauteur de leurs besoins.

La pédiatrie a aussi fait l'objet d'un traitement particulier ce qui semble logique du fait des particularités des accompagnements. Le cahier des charges SMR précise un certain nombre d'attendus de fonctionnement désormais et les établissements disposent également de davantage de souplesse en abaissant les limites d'âge d'accueil à 4 ans pour ceux ne disposant pas de l'autorisation « jeunes enfants ».

Certaines coopérations notamment avec les structures de type CAMSP vont de fait s'en trouver renforcées. Dans la même veine, les

SMR adulte pourront accueillir des jeunes à partir de 16 ans.

La triple évolution précédemment évoquée n'est donc pas sans conséquences pour nos établissements :

- Quid de la remise à plat de nos autorisations ? Il y aura très certainement des gagnants et des perdants sur ces évolutions (retrait possible de certaines mentions spécialisées pour certains, obtention d'une expertise pour d'autres, etc.) Chacun essaiera bien sûr d'en sortir gagnant mais, de fait, des déceptions seront inévitables.

Quels seront aussi finalement les impacts des enquêtes menées par l'ARS sur les activités d'expertise dans les arbitrages à venir ? Un peu à l'image de la SAE 2019 pour le financement du Ségur, cette enquête menée sur la base d'un déclaratif à un moment donné sera t'elle un des outils qui servira ensuite aux prises de décision ?

- Quid de l'adaptation des plateaux techniques spécialisés pour répondre là encore aux cahiers des charges de la DGOS ? Quid du suivi et de l'optimisation de leur niveau d'utilisation pour être valorisés financièrement dans le futur modèle ?

- Quid encore des programmes de soins à proposer aux patients, construits en fonction de leurs enjeux de santé, mais qui devront bien sûr se conformer aux attendus réglementaires, et idéalement être le mieux valorisés possible économiquement ? Cela pose la question d'un codage PMSI optimisé et de l'appropriation de ces enjeux par les équipes médico-soignantes et rééducatives.

- Quid enfin de la mise en place de nouveaux parcours utilisant ou non les dispositifs implantés ces dernières années tels que les équipes mobiles de rééducation, les CPTS, etc. Comment nos équipes vont dans le cadre de leurs projets de service s'approprier ces nouveaux parcours et partenariats ? Quelle



pourra être la place de la télésanté dans ces articulations entre acteurs ?

Ces nouveaux décrets parus en janvier lancent finalement le « top départ » de ces réformes. Beaucoup d'interrogations subsistent à ce stade mais une chose est certaine : nous travaillons tous à préparer nos établissements et nos équipes pour s'adapter à cette nouvelle donne et en sortir dans la mesure du possible renforcés.

### Point de vue cadre :

La réforme enfin publiée ne nous surprend pas, compte tenu de la durée de la phase préalable de discussion avec une partie des organisations professionnelles.

L'impact en a été clairement identifié sur trois points principaux : le PMSI, les investissements et le recrutement. Les liens avec le secteur médicosocial étaient déjà, de fait, existants et privilégiés du fait d'une activité de pédiatrie et de gériatrie au sein de l'établissement.

Les directives des directions et des DIM pour assurer un codage adapté et exhaustif de l'activité s'étaient précisées depuis l'annonce de la réforme du financement de notre secteur. La relecture des agendas patients pour s'assurer de la diversité des prises en charge et de leur intensité est devenu un exercice presque quotidien.

La sensibilisation des équipes aux enjeux médico économiques en lien avec les TIM a été régulièrement assurée au cours de l'année 2021. Le déploiement d'activités collectives en complément des séquences individualisées a été encouragée.

Les investissements en matériel de ces dernières années ont été guidés autant par les besoins identifiés des personnes prises en charge que par la perspective de la spécialisation des parcours de réadaptation.

L'argumentaire des commerciaux s'est d'ailleurs adapté et nous avons vu apparaître la notion de référencement à une autorisation d'activité dans les présentations de matériel (thérapie miroir, allègement du poids du corps, robotique). Les outils de télé réadaptation ont pour la première fois fait partie des investigations pré investissements.

Enfin dans les arbitrages de recrutement la certitude d'un positionnement affirmé des enseignants APA a été largement pris en compte, de la même manière que la présence des formations en Education Thérapeutique du Patient (ETP) dans les annonces passées et dans les CV des candidats reçus.

Le plan de développement des compétences des deux dernières années en a largement été modifié.

En conclusion, la sémantique utilisée dans les appellations remet en perspective la place des soins médicaux dans l'activité de rééducation et consolide l'utilisation du terme réadaptation, ce qui nous conforte dans l'urgence d'une définition consensuelle pour tous les professionnels.

**DOSSIER EVOLUTIF**

**à mesure de la mise  
en place effective**

**à suivre**

**sur [cnks.org](http://cnks.org)**